

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
06.04.2016 № 319

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ  
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ  
ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

## ВСТУП

Основною метою уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) при генітальному ендометріозі є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із генітальним ендометріозом.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Тактика ведення пацієнок з ендометріозом», що ґрунтуються на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у клінічних настановах (КН), а саме:

1. Management of women with endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2013.

2. Endometriosis: Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline of the Clinical Practice Gynaecology Committee and reviewed and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC) of Canada, 2010.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою «Тактика ведення пацієнок з ендометріозом» можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання доказової медицини, УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України № 751 від 28 вересня 2012 року, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку, лікарі-гінекологи-онкологи, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, лікарі-анестезіологи, лікарі-анестезіологи дитячі, організатори охорони здоров'я.

**ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ**

аГнРГ	–	агоністи гонадотропін-релізинг гормону
АМК	–	аномальні маткові кровотечі
ГЕ	–	генітальний ендометріоз
ГІЕ	–	глибокий інфільтративний ендометріоз
ДМПА	–	депо медроксіпрогестерону ацетат
ДРТ	–	допоміжні репродуктивні технології
ЕЯ	–	ендометріома яєчників
ЗОЗ	–	заклади охорони здоров'я
ІПСШ	–	інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛГ	–	лютеїнізуючий гормон
МОЗ України	–	Міністерство охорони здоров'я України
НППЗ	–	нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби
ПС	–	планування сім'ї
ПЕ	–	поверхневий ендометріоз
ППЕ	–	поверхневий перитонеальний ендометріоз
РЗ	–	репродуктивне здоров'я
РКД	–	рандомізовані контрольовані дослідження
РП	–	репродуктивні права
ФСГ	–	фолікулостимулюючий гормон
ХТБ	–	хронічний тазовий біль
ASRM	–	Американське товариство фертильності
ESHRE	–	Європейське товариство з питань репродукції людини та ембріології
SOGC	–	Товариство акушерів та гінекологів Канади

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

**1.1. Діагноз:** Ендометріоз.

**1.2. Шифр за МКХ-10:**

N 80 Ендометріоз;

N 80.0 Ендометріоз матки. Аденоміоз;

N 80.1 Ендометріоз яєчника;

N 80.2 Ендометріоз маткової труби;

N 80.3 Ендометріоз тазової очеревини;

N 80.4 Ендометріоз прямокишково-піхвової перетинки і піхви;

N 80.5 Ендометріоз кишечника;

N 80.6 Ендометріоз шкірного рубця;

N 80.8 Інший ендометріоз;

N 80.9 Ендометріоз неуточнений.

**1.3. Протокол призначений для:** лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів-гінекологів-онкологів, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів, лікарів-анестезіологів, лікарів-анестезіологів дитячих, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, медичних сестер, акушерок, медичних психологів, керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різних форм власності та підпорядкування, організаторів охорони здоров'я.

**1.4. Мета протоколу:** Забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнток на основі доказів ефективності медичних втручань, забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги на всіх її етапах з єдиними вимогами щодо профілактики, діагностики, лікування і реабілітації пацієнток з ендометріозом відповідно до положень адаптованої клінічної настанови; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладів охорони здоров'я; визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.

**1.5. Дата складання протоколу:** січень 2016 р.

**1.6. Дата перегляду протоколу:** січень 2019 р.

**1.7. Розробники протоколу**

Боднарук Наталія в.о. начальника Управління медичної допомоги  
Миколаївна матерям і дітям Медичного департаменту МОЗ  
України, голова робочої групи;

Камінський завідувач кафедри акушерства, гінекології та  
В'ячеслав репродуктології Національної медичної академії  
Володимирович післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-  
кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор,  
головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі  
спеціальності «Акушерство і гінекологія», заступник  
голови;

Татарчук Тетяна Феофанівна	завідувач відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча гінекологія», заступник голови;
Талаєва Тетяна Володимирівна	генеральний директор Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», д.мед.н., професор, заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с., заступник голови з методологічного супроводу;
Бойчук Алла Володимирівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології навчально-наукового інституту післядипломної освіти Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», д.мед.н., професор;
Булавенко Ольга Василівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор;
Бурлака Олена Василівна	старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», к.мед.н.;
Вдовиченко Юрій Петрович	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, перший проректор з лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор;
Венцківська Ірина Борисівна	професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н.;

Гладчук Ігор Зіновійович	професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, д.мед.н.;
Голяновський Олег Володимирович	завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор;
Грищенко Ольга Валентинівна	завідувач кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти, академік технологічної академії наук України, д.мед.н., професор;
Демченко Ольга Борисівна	доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти, к.мед.н.;
Дубініна Владлена Геннадіївна	завідувач кафедри онкології, з курсом променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор;
Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д.мед.н., професор;
Єфіменко Ольга Олексіївна	провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», к.мед.н.;
Жилка Надія Яківна	доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., ст.н.с.;
Захаренко Наталя Феофанівна	старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», д.мед.н.;

Калугіна Людмила Вадимівна	провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», д.мед.н.;
Корнацька Алла Григорівна	завідувач відділу відновлення репродуктивної функції жінок Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», д.мед.н., професор;
Косей Наталя Василівна	головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», к.мед.н.;
Маркін Леонід Борисович	завідувач кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент НАМН України д.мед.н., професор;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»;
Педаченко Наталя Юріївна	доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н.;
Пирогова Віра Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор;
Потапов Валентин Олександрович	завідувач кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
Рожковська Наталя Миколаївна	професор кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, д.мед.н.;

Сіліна Тетяна Миколаївна	професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н.;
Шахова Олена Вікторівна	доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, к.мед.н.

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: [medstandards@dec.gov.ua](mailto:medstandards@dec.gov.ua).

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

### **Рецензенти:**

Венцківський Борис Михайлович	завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор;
----------------------------------	---



Парашук Юрій  
Степанович

завідувач кафедри акушерства і гінекології №2  
Харківського національного медичного університету,  
академік Української академії наук, академік Академії  
наук вищої освіти України, д.мед.н., професор.

### **1.8. Епідеміологічна інформація**

Ендометріозом страждає біля 10% жінок репродуктивного віку, 40-50% хворих на ендометріоз мають безпліддя. Генітальна форма ендометріозу є найбільш поширеною (92–94%), екстрагенітальна локалізація ендометріозу зустрічається в 6–8% випадків.

Результати генетичних досліджень вказують на те, що імовірність розвитку ендометріозу в 3-10 разів вище серед родичів першого ступеня споріднення в порівнянні з жінками групи контролю. Підвищення числа пологів, подовжені цикли зменшують імовірність розвитку ендометріозу, тоді як відсутність пологів, зниження фертильності і подовження інтервалів між вагітностями пов'язані зі збільшенням ризику ендометріозу.

Найвища частота ендометріозу відзначається серед жінок, які зазнають лапароскопічних втручань з метою виявлення причин безпліддя та тазового болю (ендометріоз діагностується від 20% до 50% випадків). Значне розширення діапазону проявів ендометріозу в порівнянні з раніше існуючими характеристиками пов'язане зі збільшенням частоти діагностування даної патології.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно та функціонально подібної з ендометрієм) за межами матки, що спричиняє хронічну запальну реакцію.

Незважаючи на те, що у одних жінок з ендометріозом відмічається біль різного ступеню вираженості та безпліддя, в інших – захворювання може проходити взагалі безсимптомно. Ця патологія зустрічається у близько 10% жінок із загальної популяції та майже у 50% жінок, хворих на безпліддя.

Актуальність ендометріозу пов'язана зі значним поширенням захворювання серед дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку та спричиненим ним безпліддям, а також формуванням стійкого больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінки.

Медичні аспекти генітального ендометріозу визначаються значним поширенням данної патології, прогресуючим перебігом захворювання, його тяжкістю, порушенням функції статевих органів та інших систем організму, що значною мірою впливає на якість життя.

Згідно з класифікацією Американського товариства фертильності при різноманітних локалізаціях ендометріозу враховують ступінь поширеності, глибину ураження і тяжкості захворювання, відповідно до чого формують бальну оцінку зазначених параметрів. Виділяють 4 стадії захворювання: I - (1-5 балів), II - (6-15 балів), III - (до 16-40 балів), IV - (40 балів і більше).

Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності, 2013)

Ендометріоз		< 1 см	1-3 см	> 3 см	
Очеревина	Поверхневий	1	2	4	
	Глибокий	2	4	6	
Яєчники	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
	Лівий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору часткова – 4; повна – 40					
Спайки		покривають <1/3	покривають < 1/3 - 2/3	покривають >2/3	
Яєчники	Правий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16

Примітка. Повністю запаяний фімбріальний відділ труби слід оцінювати у 16 балів.

Сучасна клінічна класифікація ендометріозу включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- 1) поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- 2) ендометріоми яєчників; (ЕЯ)
- 3) глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ). (ESHRE)

### III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

#### 3.1. Первинна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3.1.1. Первинна профілактика</b>		
Проведення санітарно-просвітницьких заходів, які спрямовані на охорону здоров'я дівчаток у пубертатному періоді, попередження та своєчасне лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), запальних захворювань геніталій та дисменореї.	Профілактика факторів ризику розвитку ендометріозу сприятиме запобіганню його виникнення. Основними факторами ризику виникнення ендометріозу є: 1. Довготривалий стрес. 2. Гіподинамія. 3. Поганий екологічний стан навколишнього середовища. 4. Хронічні інфекції статевих шляхів. 5. Переривання небажаної вагітності. 6. Одноманітне нездорове харчування, позбавлене природних антиоксидантів.	<u>Обов'язкові:</u> 1. Санітарно-просвітницька робота в сім'ї та навчальних закладах з метою вчасного виявлення та усунення факторів ризику виникнення ендометріозу. 2. Консультування пацієнток з наступних питань: - соціальної адаптації підлітків та усунення стресогенних чинників у їх оточенні; - збалансованого харчування; - статевого виховання; - здорового способу життя дівчинки та жінки.  <u>Бажані:</u> 3. Шляхом доброзичливої і довірливої бесіди інформувати дітей та підлітків, щодо раціональної статевої поведінки, а також дорослих - стосовно репродуктивного вибору та профілактики ІПСШ і небажаної вагітності, застосування сучасних засобів контрацепції.
<b>3.1.2. Діагностика</b>		

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>Діагностичні заходи спрямовані на виявлення суб'єктивних та об'єктивних клінічних ознак ендометріозу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– загальне обстеження;</li> <li>– гінекологічне обстеження.</li> </ul>	<p>1. Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом: з'являється перед та посилюється під час менструації.</p> <p>2. Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ендометріозу, ступенем їх розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології.</p> <p>3. При тривалому больовому синдромі характерними є зміни загального стану пацієнтки та психоемоційні порушення: (емоційна лабільність, тривожність, безсоння, неврозоподібні стани, депресія).</p>	<p><u>Обов'язкові:</u> Необхідні діагностично-лікувальні втручання здійснюються за погодженням пацієнтки та відображуються у відповідній документації.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збір анамнезу та скарг, спрямований на: виявлення локалізації болю, його характер, інтенсивність та динаміку, а також фактори, які викликають/посилюють біль або нівелюють його. Характеристики болю можуть вказувати на можливу етіологію або наявність супутніх захворювань (див. розділи 4.3.1, 4.3.2).</li> <li>2. Фізикальне обстеження (див. розділ 4.3.3).</li> <li>3. Гінекологічне обстеження (див. розділ 4.3.3).</li> <li>4. Скерування до лікаря акушера-гінеколога для подальшого обстеження та встановлення діагнозу впродовж 14 днів.</li> </ol>
<b>3.1.3. Лікування</b>		
<p>Лікування пацієнток з больовим синдромом при ГЕ призначається лікарем загальної практики-сімейним лікарем та/або лікарем першого контакту і здійснюється із застосуванням</p>	<p>Необхідно забезпечити якість життя пацієнтки до моменту встановлення діагнозу та призначення етіопатогенетичного лікування.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень.</li> <li>2. За необхідності призначити емпіричну терапію: <ul style="list-style-type: none"> <li>– симптоматичне знеболення: НППЗ, анальгетики;</li> <li>– седативні засоби;</li> </ul> </li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії. Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу, ступеню поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.		– дієтотерапія. 3. Сприяти виконанню пацієнткою плану лікування, призначеного лікарем акушером-гінекологом
<b>3.1.4. Подальше спостереження</b>		
Пацієнтки з ГЕ потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнткою плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Пацієнтки з ГЕ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 2 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнткам з ГЕ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.	<u>Обов'язкові:</u> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану диспансеризації. 2. Проводити 2 рази на рік диспансеризацію пацієнтки, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, гінекологічного обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до лікаря акушера-гінеколога. 3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (Додаток).

### 3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) амбулаторна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
---------------------	---------------	---------------

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3.2.1. Діагностика</b>		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на виявлення/підтвердження наявності ГЕ, диференційну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на етапі первинної допомоги, виявлення тяжких ускладнень та включає:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу та клінічних даних.</li> <li>Загальне обстеження.</li> <li>Гінекологічне обстеження.</li> <li>Інструментальні методи обстеження.</li> <li>Лабораторні методи обстеження</li> </ol> <p>Принципи та методи діагностики ендометріозу у дівчат та підлітків відповідають таким у дорослих жінок (див. розділ 4.5)</p>	<p>Для ендометріозу характерною рисою є невідповідність уражень інтенсивності больових відчуттів.</p> <p>Найбільш виражені больові відчуття можуть бути при глибокому інфільтративному ендометріозі, аденоміозі.</p> <p>Помірні форми вогнищ ендометріозу, які характеризуються високою проліферативною активністю, можуть мати прояви різкого болю.</p> <p>Місце розташування гетеротопій також впливає на локалізацію і характер больових відчуттів.</p> <p>Наявність ендометріюїдних вогнищ частіше всього спостерігається в позаматковому просторі, на крижово-маткових зв'язках, широких маткових зв'язках, ректовагінальній перетинці, що часто супроводжуються болем, пов'язаним з виконанням фізіологічних функцій (дефекація, статевий акт). Ці симптоми частіше проявляються у перименструальні дні, проте вони можуть бути і в інші дні менструального циклу.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>Необхідні діагностично-лікувальні втручання здійснюються за погодженням пацієнтки та відображуються у відповідній документації.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Збір анамнезу та клінічних даних (див. розділи 4.3.1, 4.3.2).</li> <li>Загальне обстеження (див. розділ 4.3.3).</li> <li>Гінекологічне обстеження (див. розділ 4.3.3).</li> <li>Інструментальні методи дослідження: (див. розділ 4.3.4): <ul style="list-style-type: none"> <li>- УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);</li> <li>- кольпоскопія;</li> <li>- ректороманоскопія, колоноскопія (за показаннями);</li> <li>- цистоскопія (за показаннями);</li> <li>- лапароскопія (за показаннями);</li> <li>- гістероскопія (за показаннями);</li> <li>- МРТ (за показаннями);</li> <li>- рентгенологічне дослідження (екскреторна урографія, іригоскопія за показаннями);</li> </ul> </li> <li>Лабораторні методи дослідження (див. розділ 4.3.5): <ul style="list-style-type: none"> <li>- цитологічний метод дослідження;</li> </ul> </li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.
<b>3.2.2. Лікування</b>		
<p>Лікування пацієнок з ГЕ здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії. Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу ступеню поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.</p> <p>Принципи та методи лікування ендометріозу у дівчат та підлітків відповідають таким у дорослих жінок (див. розділ 4.5)</p>	<p>Фактори, що впливають на вибір терапії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вік жінки;</li> <li>- репродуктивний статус;</li> <li>- репродуктивні плани;</li> <li>- характер та тяжкість симптомів;</li> <li>- вплив на якість життя;</li> <li>- стадія хвороби;</li> <li>- попереднє лікування;</li> <li>- персональні пріоритети;</li> <li>- побічні ефекти;</li> <li>- ризики лікування;</li> <li>- можливість тривалого лікування;</li> <li>- інші фактори (безпліддя).</li> </ul> <p>Індивідуалізована терапія, спрямована на подолання скарг (біль, безпліддя), покращення якості життя, оптимізація співвідношення профілей ефективності, безпеки та переносимості, підвищення прихильності до лікування</p> <p>В якості терапії першої лінії рекомендовано використання гестагенів, КОК, НППЗ. Гестагени, враховуючи їх доведену ефективність, хорошу переносимість, мінімальні метаболічні ефекти, можна розглядати, як найбільш сучасну терапію вибору для лікування</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (Додаток).</li> <li>2. На основі отриманих даних дослідження та за участю пацієнтки призначити медикаментозне лікування, визначити періодичність спостереження. (див.розділ 4.4.1).</li> <li>2. Хірургічне лікування призначається у випадках зовнішніх форм локалізації ендометріозу за умови наявності клінічних симптомів (див. розділ 4.4.2).</li> <li>3. Надати рекомендації (з оформленням виписки) лікарю загальної практики-сімейному лікарю щодо моніторингу виконання призначень.</li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	ендометріозу. Хірургічне лікування має проводитись за чітко визначеними показаннями.	

### 3.3. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) стаціонарна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3.3.1. Госпіталізація</b>		
Госпіталізація здійснюється: – у випадках тяжкого перебігу ендометріозу з вираженими неврологічними розладами; – проведення інвазивних методів обстеження; – проведення оперативного лікування; – відновлення фертильності.	Існують докази, що своєчасне направлення на госпіталізацію позитивно впливає на перебіг захворювання. Проведення деяких видів лікування може здійснюватись тільки в умовах стаціонару. Тяжкі неврологічні порушення потребують комплексного обстеження та лікування супутніх захворювань. Інвазивні методи обстеження необхідно проводити під адекватним знеболенням за участю лікаря-анестезіолога.	<u>Обов'язкові:</u> Ознайомити пацієнтку з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-б/о), погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 003/о).
<b>3.3.2. Діагностика</b>		
Діагностичні заходи спрямовані на виявлення/підтвердження наявності ГЕ, диференційну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на	Для ендометріозу характерною рисою є невідповідність уражень інтенсивності больових відчуттів. Найбільш виражені больові відчуття можуть бути при глибокому інфільтративному ендометріозі, аденоміозі. Помірні форми вогнищ	<u>Обов'язкові:</u> 1. Збір анамнезу та клінічних даних (див. розділи 4.3.1, 4.3.2). 2. Загальне обстеження (див. розділ 4.3.3). 3. Гінекологічне обстеження (див. розділ 4.3.3). 4. Інструментальні методи дослідження (див. розділ 4.3.4):



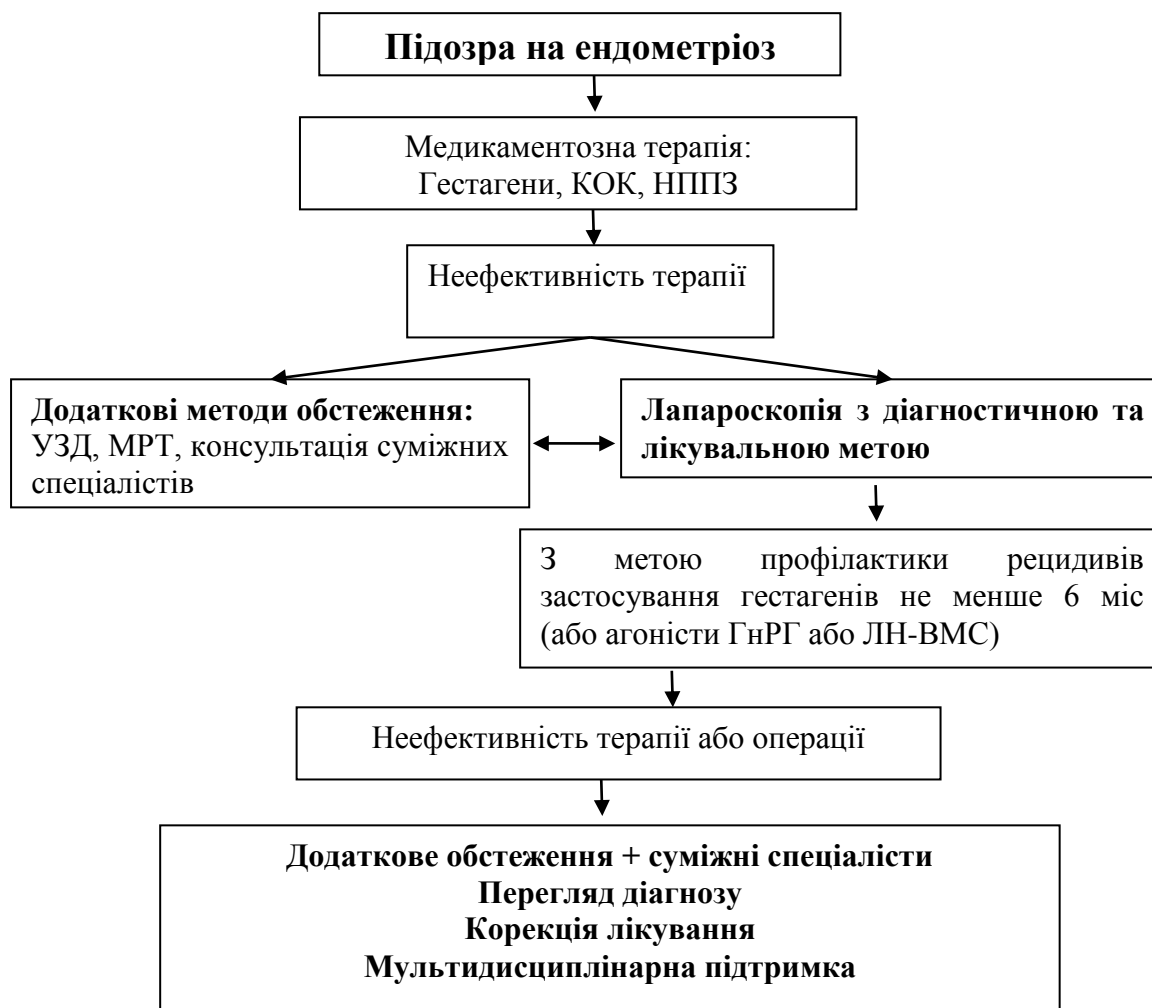
Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>етапі первинної допомоги, виявлення тяжких ускладнень та включає:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збір анамнезу та клінічних даних.</li> <li>2. Загальне обстеження.</li> <li>3. Гінекологічне обстеження.</li> <li>4. Інструментальні методи обстеження.</li> <li>5. Лабораторні методи обстеження</li> </ol>	<p>ендометріозу, які характеризуються високою проліферативною активністю, можуть мати прояви різкого болю. Місце розташування гетеротопій також впливає на локалізацію і характер больових відчуттів. Наявність ендометріюїдних вогнищ частіше всього спостерігається в позаматковому просторі, на крижово-маткових зв'язках, широких маткових зв'язках, ректовагінальній перетинці, що часто супроводжуються болем, пов'язаним з виконанням фізіологічних функцій (дефекація, статевий акт). Ці симптоми частіше проявляються у перименструальні дні, проте вони можуть бути і в інші дні менструального циклу.</p>	<p>- ендоскопічне дослідження (лапароскопія, гістероскопія за показаннями);</p> <p>- урологічне (за показаннями);</p> <p>- ректороманоскопія, колоноскопія (за показаннями).</p> <p>5. Лабораторні методи дослідження:</p> <p>- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.</p>
<b>3.3.3. Лікування</b>		
<p>Лікування пацієнток з ГЕ здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії та включає:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лікування супутніх захворювань.</li> <li>2. Хірургічне лікування</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тяжкі форми перебігу ендометріозу з неврологічними порушеннями та порушеннями суміжних органів потребують стаціонарного лікування.</li> <li>2. Хірургічне лікування генітального ендометріозу дозволяє видалити механічно чи знищити сам морфологічний субстрат ендометріозу. Проте</li> </ol>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обстеження суміжними спеціалістами за необхідності.</li> <li>2. Хірургічне лікування проводиться у випадках наявності клінічних симптомів за умови: <ul style="list-style-type: none"> <li>- зовнішніх форм локалізації ендометріозу,</li> <li>- наявності глибокого інфільтративного ендометріозу із залученням</li> </ul> </li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу ступеню поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.</p>	<p>сучасний підхід до лікування хворих з ендометріозом полягає в комбінації хірургічного методу, направлено на максимальне видалення ендометріїдних вогнищ, гормональної терапії. Медикаментозна терапія дає змогу оптимізувати результати хірургічного лікування. Проведення гормональної терапії після оперативного втручання сприяє закріпленню позитивних результатів та дозволяє уникнути прогресування захворювання.</p>	<p>кишечника, сечового міхура, сечоводу або тазових нервів;  - при гострому захворюванні придатків матки (перекрут кісти або розрив кісти яєчника);  - за наявності протипоказань до медикаментозної терапії та недостатньої її ефективності;  - при прогресуванні тазового больового синдрому, незважаючи на адекватне медикаментозне лікування;  - при ендометріомі яєчника з використанням методик, спрямованих на збереження оваріального резерву;  - при неефективному консервативному лікуванні неплідності.  3. Після проведеного хірургічного лікування має бути призначена гормональна терапія гестагенами.</p>
<p><b>3.3.4. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період</b></p>		
<p>При виписуванні пацієнтці надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження</p>	<p>Можливість для пацієнтки отримати необхідне консультування та огляд в післяопераційному періоді мінімізує можливість виникнення рецидивів ендометріозу.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u>  1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).  2. Надати пацієнтці інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність неухильного дотримання плану подальшого лікування, проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.  3. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>навантажень.</p> <p>4. За необхідності скерувати пацієнтку на консультацію з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я населення.</p>
<b>3.3.5. Реабілітація</b>		
<p>Пацієнтки з ГЕ з тяжким перебігом перебувають на диспансерному обліку у лікаря-акушера-гінеколога. Пацієнтки з ГЕ повинні мати можливість отримувати кваліфіковану реабілітацію та періодичні огляди спеціалістів, які відповідають за реабілітацію.</p>	<p>Існують дані, що реабілітаційні заходи, які включають фізіотерапевтичні процедури, лікувальну фізкультуру, санаторно-курортне лікування, психологічну допомогу, мають позитивний вплив на перебіг захворювання та психологічний стан пацієнтів з ГЕ.</p> <p>Значні успіхи, досягнуті в останні роки в розумінні природи болю при ендометріозі та сучасні підходи до лікування ендометріозу передбачають перманентний моніторинг пацієнток до настання менопаузи.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Продовження лікування амбулаторно згідно з призначеннями після госпіталізації.</p> <p>2. Проводити 2 рази на рік диспансеризацію пацієнтки, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, гінекологічне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до інших спеціалістів.</p> <p>3. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, дотримання фізичної активності залежно від стану пацієнтки, призначити фізіотерапевтичні процедури тощо.</p>

## IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 4.1. Загальний алгоритм організації медичної допомоги пацієнткам з ендометріозом



### 4.2. Принципи консультування пацієнтки

Принципи спілкування:

Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим, учасливим незалежно від віку, соціального та матеріального статусу пацієнтки. Розуміння хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому зростає довіра. Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Співчуття — ключ до співпраці лікаря та хворого. Налагоджені стосунки лікаря і хворого не лише цілючі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур.

Первинне консультування обов'язково проводиться при першому зверненні пацієнтки.

### 4.3. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

#### 4.3.1. Збір анамнезу

З'ясовується давність захворювання або виникнення симптомів ХТБ, репродуктивний статус (кількість пологів, абортів та можливі їх ускладнення), перенесені оперативні втручання, а також, вид попереднього лікування ендометріозу, наявність безпліддя.

Ендометріоз і безпліддя можуть набувати розвитку паралельно, в залежності від однієї або декількох загальних причин. При цьому мають значення захворювання, які супроводжують ендометріоз. Серед них можна виділити:

а) порушення секреції гормонів, які призводять до неповноцінної овуляції і/чи функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрію; порушення локального імунітету; гіперпластичні процеси ендометрію, молочної залози, щитоподібної залози; доброякісні новоутворення: кісти, кістоми яєчників, лейоміома матки, які часто спостерігаються при ендометріозі.

Необхідно враховувати, що ГЕ характеризується різноманітністю клінічного перебігу від безсимптомного до картини «гострого живота». Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом (з'являється перед та посилюється під час менструації). Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ГЕ, ступенем їх розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології.

**4.3.2. Скарги пацієнтки диференціюють за наступними суб'єктивними клінічними ознаками ендометріозу:**

1. *Типові симптоми:* ХТБ, дисменорея, диспареунія, безпліддя.
2. *Менш типові симптоми:* міжменструальні кров'яністі виділення, АМК, дизурія, дисхезія (порушення дефекації).
3. *Більш рідкісні симптоми:* гематурія, кровотечі з прямої кишки.
4. *Симптоми, які зустрічаються дуже рідко:* гемоптитизис (кровохаркання), кишкова непрохідність, водянка нирки та сечоводу, шкіряні вузли тощо, залежно від локалізації.

Клінічними ознаками ендометріозу також є слабкість, швидка втомлюваність, значна втрата працездатності. Вираженість больового синдрому, що регулярно повторюється в дні менструації, та прогресуюча слабкість сприяють появі почуття тривоги, страху.

Необхідно враховувати, що не завжди спостерігається кореляція між розміром вогнища ураження, тривалістю процесу та клінічними проявами захворювання. Ендометріодна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, проте іноді спричинює біль, особливо напередодні та під час менструації, який може супроводжуватися нудотою, блювотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометріодних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ГЕ матки

характерні рясні тривалі менструації, нерідко АМК, відчуття вжкості, розпирання в нижніх відділах живота.

Характер порушень менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталій і тазових органів. Найбільш частими з них є:

- прогресуюча дисменорея (при внутрішньоматковому ендометріозі з ураженням перешийку, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижово-маткових зв'язок, позашийковому ендометріозі з залученням параректальної клітковини та стінки прямої кишки);

- аномальні маткові кровотечі (при аденоміозі в поєднанні із лейоміомою матки);

- кровомазання до і після менструації, контактні кров'яністі виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників і аденоміозі матки);

В окремих випадках ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фібрій, повна ізоляція яєчників периваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріюїдними кістами та інше.

Клінічними ознаками ендометріозу можуть також бути психоемоційні порушення.

При проведенні диференціального діагнозу тазового болю в молодих жінок у першу чергу як причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина больових проявів.

#### **4.3.3. Загальне обстеження:**

а) Зовнішній вигляд (колір шкіряного покриву).

б) У разі тяжкого перебігу ендометріозу з неврологічними порушеннями або супутніми захворюваннями здійснюють посиндромне обстеження.

в) Гінекологічне обстеження:

- зовнішній огляд геніталій;
- огляд ділянки промежини на наявність ознак ІПСШ (виразок, кондилом, патологічних виділень);
- огляд в дзеркалах стінок піхви та шийки матки на наявність патологічних виділень або деформацій (у разі виявлення ознак ІПСШ чи запального захворювання призначають лікування згідно із діючим клінічним протоколом);
- обстеження перешийку матки: ущільнення, розширення, болючість;
- обстеження тіла матки: положення, розміри, форма, щільність, рухомість, болючість;
- обстеження заднього склепіння піхви: інфільтрація, рубцеві зміни;
- обстеження придатків матки: розміри, рухомість, болючість, консистенція;
- обстеження крижово-маткових зв'язок: потовщення, напруження, болючість.

**4.3.4. Інструментальні методи діагностики** генітального ендометріозу дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень:

- а) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
- б) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія) проводиться залежно від показань;
- в) цитологічний метод дослідження;
- г) МРТ за показаннями;
- д) обов'язкове гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

УЗД (трансабдомінально та трансвагінально).

Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу тіла матки ґрунтується на наступних критеріях:

- а) збільшення передньо-заднього розміру матки;
- б) округлість її форми;
- в) наявність в міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм.

Застосування піхвового датчика покращує інформативність УЗД у таких випадках.

Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є:

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;

- наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу;

- не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і понижена - біля віддаленого.

При УЗД ендометріюїдних кіст необхідно проводити диференційну діагностику з іншими об'ємними утвореннями в яєчниках, що мають подібну картину, а саме з гематомою яєчника, абсцесом, туберкульозом яєчника та дермоїдними кістами.

Для діагностики ГЕ, оцінки ступеню та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровоплину в артеріях органів малого таза.

Гістероскопія. Основною ендоскопічною ознакою ГЕ при гістероскопії є наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників). Разом з тим, діагностична цінність цієї ознаки викликає певні сумніви, враховуючи, що вона часто зустрічається після попереднього інструментального вилучення функціонального шару ендометрію, при вишкрібанні якого пошкоджується цілісність судинної системи базального шару слизової матки, і нерідко за ендометріюїдні гетеротопії приймаються вени, з яких виливається кров.

Висока інформативність гістероскопії в діагностиці вузлової форми аденоміозу - при цій формі захворювання змінюється рельєф слизової оболонки тіла матки. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок локального вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріюїдних «зіниць». Для всіх форм аденоміозу спільним є яскравість та неоднорідність судинного малюнку.

*Лапароскопія* з хромогідротубацією дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми та перевірити прохідність маткових труб у жінок, які зацікавлені у реалізації репродуктивної функції. Ендометріоз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будь-яку перитонеальну структуру та мати різноманітні прояви (білий, червоний, синій, бульбашковий). Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз, його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й надає можливість виконати ендокоагуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію.

При підозрі на ендометріоз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології. Це необхідно робити в усіх випадках тяжкої дисменореї, резистентної до лікування нестероїдними протизапальними препаратами, за наявності болю при огляді органів малого тазу та виявленні вузлів при пальпації матково-крижових зв'язок і ректовагінальної перетинки, або при сонографічному виявленні кісти яєчника з ознаками, характерними для ендометріоми.

#### **4.3.5. Лабораторна діагностика**

З метою встановлення/підтвердження діагнозу ГЕ призначаються:

- цитологічне дослідження;
- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії;
- рутинно не рекомендовано використовувати з метою діагностики ендометріозу імунологічні біомаркери, в тому числі СА-125, які містяться в плазмі, сечі або сироватці крові, оскільки це не є інформативним, хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріозу може бути дещо підвищеним.

#### **4.3.6. Диференційний діагноз**

Необхідно проводити диференційну діагностику ендометріозу з лейоміомою матки, хронічним сальпінгоофоритом, пухлинами геніталіїв, кишечника, гіперпластичними процесами ендометрію, позаматковою вагітністю, нефроптозом, сечокам'яною хворобою, апендицитом, парапроктитом, проктитом, колітом тощо.



**Диференційний діагноз тазового болю:**

<b>Локалізація</b>	<b>Симптоми</b>
Матка	Первинна дисменорея Аденоміоз
Кишечник	Синдром роздратованого кишечника Запальне захворювання кишечника Хронічний запор
Сечовий міхур	Інтерстиціальний цистит Інфекція сечових шляхів Сечокам'яна хвороба
Яєчники	Mittelschmerz (овуляторний біль) Кісти яєчників (розрив, перекрут і т.д.) Синдром кукси (залишку) яєчників
Фаллопієві труби	Гематосальпінкс (після стерилізації або абляції ендометрія) Позаматкова вагітність (гостра чи хронічна) Запальне захворювання органів малого тазу
Загальні причини	М'язово-фасціальна біль Невропатичний біль Варикозна хвороба тазових вен Спайковий процес

**4.4 Алгоритм лікування**

Відсутні універсальні препарати, які повністю виліковують ендометріоз, тому застосовуються комплексний підхід до лікування.

Ендометріоз слід розглядати як хронічне захворювання, яке потребує розробки плану довгострокового ведення пацієнтки з максимальним використанням медикаментозного лікування для запобігання повторним хірургічним втручанням. Терапія має тривати до віку менопаузи або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.

**4.4.1. Консервативні методи лікування****4.4.1.1. Медикаментозне лікування ендометріозу**

У якості медикаментозної терапії першої лінії застосовуються прогестинів, оральних контрацептивів, НППЗ та інших анальгетиків (зокрема парацетамолу, з метою ефективного знеболення),

***Пероральні прогестини***

Прогестини безпосередньо впливають на ендометрію, викликаючи децидуалізацію клітин стромы та секреторну трансформацію епітеліальних клітин ендометрію, що призводить до атрофії при використанні їх у безперервному режимі.

В свою чергу, пригнічення овуляції на тлі прийому прогестинів дозволяє, з одного боку, знизити ризики рецидивів ендометріозу, а з іншого зберегти, вже до цього знижений, оваріальний резерв у пацієнок з відстроченими репродуктивними планами.

У якості терапії першої лінії слід розглядати монотерапію одним з традиційних прогестинів, таких як медроксіпрогестерон, ципротерону, норетистерон, дієногест в режимах та дозуваннях, передбачених інструкцією для медичного застосування.

Дієногест має потужну антипроліферативну дію, спрямовану на ендометрій, а також антиангіогенний, протизапальний та імуномодельючий ефект. До переваг цього прогестину відносять особливий механізм блокади овуляції, спрямований на апоптоз гранульозних клітин зростаючого фолікула, слабкий центральний ефект (інгібування рівня ФСГ і ЛГ) і помірне зниження продукції естрадіолу, рівень якого знаходиться в межах терапевтичного вікна, що дозволяє уникнути розвитку симптомів естрогенного дефіциту при збереженні вираженого антипроліферативного ефекту, його щоденна доза 2 мг впродовж 65 тижнів забезпечує прогресуюче зменшення інтенсивності больових проявів захворювання, покращення якості життя пацієнок та відсутність у них клінічної симптоматики ще впродовж 6 місяців після припинення лікування.

### ***Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС)***

ЛНГ-ВМС може бути ефективною терапією ендометріозу, що зменшує дисменорею та тазовий біль, не пов'язаний з менструальним циклом, а також дисхезію та тяжку диспареунію.

### ***Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)***

КОК широко застосовуються для лікування як больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом, так і болю у жінок з підозрою на ендометріоз. Це є практичними перевагами КОК, включаючи контрацептивний захист, безпеку тривалого застосування та забезпечення контролю менструального циклу.

Більш доцільно використання безперервного прийому КОК.

Однак, слід наголосити, що призначення КОК підліткам з тазовим болем без підтвердження ендометріозу може сприяти ще більшому відстроченню часу діагностування захворювання.

Поки що недостатньо також даних і про можливий вплив естрогенового компоненту у складі КОК на перебіг захворювання, оскільки існує припущення щодо потенційної стимуляції розвитку та прогресування захворювання під впливом екзогенних естрогенів, так як відомо, що ендометріоз є естрогензалежним процесом. З іншого боку, сучасні комбіновані гормональні

контрацептиви містять надто низькі дози етинілестрадіолу для того, щоб спричиняти активацію хвороби.

### ***Агоністи гонадотропін - рилізінг-гормону (аГнРГ)***

Ці синтетичні пептиди є аналогами гонадотропін - рилізінг-гормону гіпоталамусу. Механізм їх дії обумовлений конкуруванням з ендogenous ГнРГ за рецептори клітин гіпофізу, що секретують гонадотропіни. Використання супроводжується симптомами дефіциту естрогенів: припливами жару, сухістю у піхві, зниженням лібідо. Прийом аГнРГ може призвести до ятрогенного зниження мінеральної щільності кісткової тканини у зв'язку з дефіцитом естрогенів, що підвищує ризик остеопорозу, обмежує термін застосування аГнРГ до 6 міс. та потребує терапії «прикриття» естрогенами. Для попередження втрати кісткової маси та гіпоестрогенних симптомів під час лікування, рекомендується призначити гормональну терапію «прикриття» (гестагени, ЗГТ) одночасно з початком терапії агоністами ГнРГ. Згідно з наявними даними, гормональна терапія прикриття не зменшує ефективність лікування, спрямованого на полегшення больового синдрому.

### ***Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби (НПЗЗ)***

Застосування НПЗЗ можуть призначатись як терапія першої лінії при болю, спричиненому ендометріозом. Водночас, використання НПЗЗ підвищує вірогідність побічних ефектів як в шлунково-кишковій, так і в серцево-судинній системах, у зв'язку з чим призначити ці лікарські препарати бажано короткими курсами.

### ***Інші лікарські засоби для лікування симптомів ендометріозу***

Клінічно доведено ефективність для лікування симптомів ендометріозу лікарських засобів з фармакотерапевтичної групи інгібіторів ароматази. Водночас, слід зазначити, що їх призначення в Україні може мати обмеження, оскільки показання до застосування лікарських засобів «генітальний ендометріоз» відсутні в інструкціях для медичного застосування, затверджених МОЗ України.

#### **4.4.1.2. Додаткові методи лікування симптомів ендометріозу**

Помірно ефективною і безпечною, але такою, що вимагає повторних курсів лікування, є рефлексотерапія (лазерна пунктура, акупунктура). Вона є допоміжним методом, який допоможе краще переносити симптоми і лікування ендометріозу та сприятиме підвищенню якості життя пацієнток. Високочастотна черезшкірна електрична нейростимуляція з деякою ефективністю короткостроково купірує больовий синдром.

#### **4.4.1.3. Спосіб життя і дотримання дієти**

Відсутні переконливі докази, що зниження маси тіла має сприятливий вплив на зниження симптоматики ендометріозу, хоча є дані, що дієтичні заходи після хірургічного лікування ендометріозу, як то вживання вітамінів,

препаратів магнію і кальцію, риб'ячого жиру, продуктів, що містять катехіни та індол-3-карбінол можуть бути ефективними щодо зниження тазового болю і поліпшення якості життя.

#### 4.4.2. Хірургічне лікування

Хірургічне лікування ендометріозу проводиться у таких випадках:

1. При стійкому тазовому болі на тлі недостатньої ефективної медикаментозної терапії та за наявності протипоказань до неї.
2. При гострому захворюванні придатків матки (розрив кісти яєчника, перекрут придатків).
3. При тяжкому глибокому інфільтративному ендометріозі з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів, тазових нервів.
4. За наявності або підозрі на ендометріому яєчника діаметром понад 3 см
5. За наявності стійкого безпліддя при неуточненому діагнозі.

Хірургічне лікування може бути "консервативним" або "радикальним". Метою консервативного хірургічного лікування ендометріозу є відновлення нормальної анатомії та припинення болю. Хірургічні методи включають (SOGC):

- пряму абляцію,
- лізис, висічення вогнищ ендометріозу,
- видалення ендометріом яєчників,
- однобічну аднексектомію (у випадку асиметричного ураження),
- резекцію,
- збривання (шейвінг) ендометріоїдних уражень суміжних органів (кишечника, сечового міхура, сечоводів, апендикса тощо).

Радикальне хірургічне лікування включає двобічну оваріоектомію з метою створення менопаузи або може включати гістеректомію з двобічною тубектомією, видалення всіх наявних уражень (SOGC). Радикальний підхід слід розглядати у жінок з тяжким больовим синдромом, які не зацікавлені у збереженні репродуктивної функції або яким показана гістеректомія при поєднанні аденоміозу з лейоміомою матки та при наявності тяжких проявів АМК.

Лапароскопія є найбільш доцільним хірургічним підходом до лікування ендометріозу незалежно від тяжкості захворювання завдяки кращій візуалізації вогнищ, більш швидкій реабілітації стану пацієнток після операції у порівнянні з лапаротомією. Пацієнтки з глибоким інфільтративним ендометріозом з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів, повинні оперуватися лікарями, що мають відповідний досвід та спеціальну підготовку для ведення таких випадків з урахуванням необхідності мультидисциплінарного підходу (SOGC).

При виявленні ендометріозу під час лапароскопії у пацієнток з тазовим болем і (або) безпліддям, рекомендується провести хірургічне лікування ендометріозу, оскільки цей метод («побачити й пролікувати») дозволяє ефективно зменшити біль, пов'язаний з ендометріозом, а також покращити

репродуктивні результати як в природньому циклі, так і при застосуванні ДРТ. Може бути виконана як абляція, так і резекція перитонеального ендометріозу, з метою зменшення пов'язаного з ним болю, хоча перевагу слід віддавати резекції, якщо це можливо (ESHRE)

В разі наявності глибокого інфільтративного ендометріозу рекомендується виконувати наступні хірургічні кроки:

- 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини;
- 2) адгезіолізис і “second-look” лапароскопічна ревізія, верифікація глибокого інфільтративного ендометріозу, його локалізації і стадії;
- 3) етап хірургічного лікування ендометріом (техніка енуклеації та часткової абляції), тимчасова фіксація яєчників;
- 4) латеральна перитонеальна дисекція (часткова або тотальна);
- 5) центральна перитонеальна дирекція (передня і задня);
- 6) збривання (шейвінг) або резекція ендометріюїдних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сечоводів, резекція сигмоподібної кишки, апендектомія за необхідності;
- 7) евакуація макропрепаратів, контроль цілісності порожнинних органів (сечовий міхур, пряма, сигмоподібна кишка), гемостаз та дренування черевної порожнини.

Хірургічне втручання у випадках інфільтративних форм ендометріозу з ураженням кишечника потребує міждисциплінарного підходу з передопераційною консультацією суміжних спеціалістів. При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу операцію слід виконувати в багатопрофільних стаціонарах або спеціалізованих центрах лікування ендометріозу, оскільки хірургічний етап лікування може включати резекцію прямої або сигмоподібної кишки, сечового міхура, сечоводів, тощо.

#### *Хірургічне лікування ендометріом яєчників.*

В разі наявності ендометріом яєчників об'єм хірургічного втручання має залежати від наявності у пацієнтки репродуктивних намірів. Варіанти хірургічних втручань включають видалення стінки кісти (енуклеація) або аспірацію та абляцію ложа кісти.

Ендометріоми яєчників більше 3 см в діаметрі у жінок зі стійким тазовим болем мають бути видалені хірургічним шляхом, якщо це можливо. Дуже важливо оцінити оваріальний резерв перед проведенням лапароскопічної операції у жінок з безпліддям.

Для молодих жінок з метою збереження дітородної функції доцільним є заморожування яйцеклітин перед хірургічним видаленням ендометріом яєчників, особливо у випадку двобічних ендометріюїдних кіст.

У пацієнок, не зацікавлених у вагітності, в післяопераційному періоді, доцільно використання пероральних гестагенів, левоноргестрел виділяючої внутрішньоматкової системи або КОК в циклічному чи, переважно, в безперервному режимі.

*Хірургічне лікування стійкого тазового болю, пов'язаного з ендометріозом.*

Об'єм хірургічних втручань, пов'язаних з болем, при ендометріозі включає всі вищезазначені методи. Пресакральна нейротомія може розглядатися як доповнення до хірургічного лікування стійкого больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом.

*Хірургічне лікування безпліддя, в зв'язку з ендометріозом.*

Лікування безпліддя, спричиненого ендометріозом, включає хірургічне видалення ендометріюїдних гетеротопій та роз'єднання злук з метою відновлення нормальної анатомії органів малого тазу, а також за необхідності перед застосуванням ДРТ технологій.

Функціональна цілісність маткових труб та яєчників після лапароскопічної операції є сприятливим аспектом для можливої спонтанної вагітності.

Лапароскопічне роз'єднання злукових утворень при ендометріозі, вивільнення яєчників та маткових труб є надзвичайно важливим в лікуванні безпліддя і передбачає з метою попередження повторного спайкоутворення застосування бар'єрних методів профілактики.

Лапароскопічне хірургічне видалення ендометріюїдної тканини признано ефективним методом покращення фертильності при I та II стадії ендометріоза. При цьому відсутні переваги видалення вогнища ендометріозу над його абляцією.

Лапароскопічне видалення ендометріюїдних великих розмірів (більше 3 см) може покращити фертильність.

Позитивний вплив на фертильність хірургічного лікування глибокого інфільтративного ендометріозу на сьогодні є суперечливим. Лапароскопічне лікування глибокого інфільтративного ендометріозу, включаючи коло-ректальний ендометріоз, слід розглядати як варіант другої лінії після невдалої спроби застосування ДРТ.

Частота настання вагітності після повторної операції, незалежно від форми ендометріоза, приблизно на половину нижче, ніж після першої операції.

Оптимальна тактика хірургічного лікування — це ендоскопічне втручання за наявності інформованої згоди пацієнтки на можливе розширення об'єму операції у разі необхідності.

При виборі об'єму втручання сучасним підходом вважається, навіть при наявності тяжких форм ендометріозу у жінок, зацікавлених у відновленні генеративної функції, - дотримання принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії. Вдаватися до радикальних операцій вважається доцільним тільки у випадках, коли всі інші можливості як хірургічного, так і медикаментозного лікування вичерпані.

Лапароскопічна хірургія може проводитися із застосуванням електрохірургічної техніки, ультразвукової та лазерної енергії.

Електрокоагуляція окремих ендометріюїдних вогнищ проводиться із застосуванням монополярних та біполярних електродів. Малі (менше 2 см) ендометріюїди слід розрізати, евакуювати вміст, ретельно вилущувати оболонку пухлиноподібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріюїди, виконують резекцію яєчника.

Ендоетріюїдні імпланти часто розміщуються поблизу життєво важливих органів, що створює певні труднощі при електрокоагуляції таких імплантів через небезпеку пошкодження прилеглих органів та анатомічних структур. За показаннями можлива лапароскопічна коагуляція та, в деяких випадках, пересічення крижово-маткових зв'язок, що дозволяє зменшити больовий синдром. Такий об'єм оперативного втручання розглядають, як альтернативу лапаротомній пресакральній нервектомії.

При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу з порушенням функцій чи ураженням ендометріозом сусідніх органів (сечоводи, кишечник, сечовий міхур), при великих розмірах ендометріюїдних кіст, поєднанні ендометріозу з множинною лейоміомою матки або великими лейоміомами (діаметр вузла понад 9-10 см) може бути виконана лапаротомія.

Ідеальною тактикою хірургічного лікування на сьогодні є та, що направлена на попередження повторних хірургічних втручань.

#### **4.5. Ендометріоз у дівчаток та дівчат-підлітків**

- Ендометріоз - найчастіша причина вторинної дисменореї у підлітків.
- У підлітків з ендометріозом з більшою ймовірністю, ніж у дорослих жінок, відзначається ациклічний біль.
- При фізичному огляді підлітків з ендометріозом рідко виявляються які-небудь відхилення, оскільки у більшості з них захворювання знаходиться на ранній стадії.

Затримка з встановленням діагнозу ендометріозу у підлітків може бути частково пояснена тим, що на початкових етапах захворювання біль пов'язують з первинною дисменореєю і, отже, відносять до "нормальних" для підліткового віку симптомів. Коли тазовий біль впливає на щоденну активність (таку як навчання і робота), це вимагає уваги лікаря і призначення терапії.

У 10% випадків дисменорея у підлітків є вторинною і пов'язана з іншими порушеннями. Вторинна дисменорея повинна бути запідозрена у пацієток, що не відповідають на препарати першої лінії (НППЗ і КОК), які зазвичай застосовуються для лікування первинної дисменореї.

Оскільки первинна дисменорея виникає з моменту встановлення овуляторних циклів (в середньому і пізньому підлітковому періоді), початок дисменореї незабаром після менархе (протягом перших 6 місяців) вказує на можливість вторинної причини, зокрема, пов'язаної з ускладненим відтоком менструальної крові внаслідок аномалій розвитку Мюллєрова протока.

#### *Діагностика*

Проведення обстеження органів малого тазу допоможе виключити наявність утворень та аномалій статєвого тракту, що перешкоджають відтоку менструальної крові. Беручи до уваги, що пацієтки з ускладненим відтоком менструальної крові (наприклад, з атрезією гімена або поперечною піхвовою перегородкою) можуть демонструвати циклічний біль, у них також буде первинна аменорея і часто визначаються утворення в малому тазу. При

можливості слід провести зондування піхви за допомогою м'якого зонду для визначення її довжини, якщо виконання бімануального дослідження і дослідження в дзеркалах неможливі. Ректоабдомінальне дослідження дозволяє виявити наявність новоутворень в малому тазу.

Співіснування ендометріозу і ускладненого відтоку менструальної крові, як вважається, має частково сприяти ретроградній менструації, хірургічне втручання у таких випадках має бути направлено тільки на видалення перешкод і полегшення відтоку менструальної крові, що може сприяти усуненню всіх симптомів ендометріоза.

Принципи та методи діагностики ендометріозу у підлітків відповідають вищевикладеним у дорослих жінок. Для сексуально активних дівчат більш старшого віку фізикальне обстеження важливо також з метою виключення інших причин болю, таких як запальний процес органів малого тазу, кісти яєчників і ускладнення вагітності. У цій віковій групі результати фізичного огляду часто бувають нормальними навіть за наявності ендометріозу.

Ендометріоз у підлітків часто характеризується початковою стадією і атиповими проявами. При проведенні лапароскопії виявляються атипові ендометріодні ураження у вигляді світлих бульбашок і вогнищ червоного кольору. Наявність ущільнень в області матково-крижових зв'язок, утворень в придатках матки і фіксована в ретрофлексії матка вкрай рідко зустрічаються у підлітків з ендометріозом, оскільки захворювання в переважній кількості випадків знаходиться на стадії I або II за класифікацією ASRM.

Глибокі інфільтративні форми ендометріозу не характерні для підлітків, але все ж можуть зрідка зустрічатися. Ректовагінальні, утеровезікальні форми ендометріозу, з проростанням всієї товщі кишечника і сечоводу також були діагностовані у цій віковій групі, хоча середній вік в таких випадках складав близько 19 років.

#### *Лікування*

Для дівчат-підлітків з ендометріозом консервативне лікування з застосуванням гестагенів- є терапією першого вибору

Лапароскопія, якщо вона показана, повинна виконуватися досвідченими хірургами, яким необхідно знати про те, що у юних пацієнток частіше виявляються атипові ендометріодні ураження у вигляді світлих бульбашок, вогнищ червоного кольору і менша кількість класичних пошкоджень кольору «порохового опіку» і включає їх видалення або абляцію для купірування болю.

Лапароскопія може підтвердити діагноз перед початком консервативної терапії у підлітків з тяжким генералізованим тазовим болем, незважаючи на медикаментозне лікування.

## **V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) [клінічних маршрутів пацієнтів (КМП)] необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів



матеріально-технічного забезпечення, що включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

### **5.1. Первинна медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-терапевт дільничний, лікар-педіатр дільничний, середній медичний персонал.

**Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не впливає на порядок призначення):

1. Гормони статевих залоз та лікарські засоби, що застосовуються при патології статевої системи: Дієногест, Левоноргестрел, Мадроксіпрогестерон, Норетистерон, Ципротерон.

2. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп для знеболення: Ібупрофен, Парацетамол.

### **5.2. Вторинна (спеціалізована) , третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікар-акушер-гінеколог, лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку, лікар-гінеколог-онколог, лікар-терапевт, лікар-педіатр, лікар-анестезіолог, лікар-анестезіолог дитячий; лікарі інших спеціальностей за необхідності; медичний психолог; акушерка; медична сестра; сестра медична – анестезист; санітарка.

**Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не впливає на порядок призначення):

1. Гормони статевих залоз та лікарські засоби, що застосовуються при патології статевої системи: Дієногест, Левоноргестрел, Мадроксіпрогестерон, Норетистерон, Ципротерон.

2. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп для знеболення: Ібупрофен, Парацетамол.

## **VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги**

6.1.1. Наявність у лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом.

6.1.2. Наявність у лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів-гінекологів-онкологів, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом.

### **6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

**6.2.1.А) Наявність у лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Генітальний ендометріоз».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про

кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **6.2.2.А) Наявність у лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Генітальний ендометріоз».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території

обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, - які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнтки із генітальним ендометріозом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, надані лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**В.о. директора Медичного департаменту  
МОЗ України**

**В.В. Кравченко**

## **VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ**

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Тактика ведення пацієнок з ендометріозом», 2016.
2. Наказ МОЗ України від 05 червня 1998 року № 153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 05 липня 1999 року № 164 «Про затвердження інструкцій, регламентуючих діяльність закладів служби крові України».
4. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
5. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
6. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я».
7. Наказ МОЗ України від 09 березня 2010 року № 211 «Про затвердження Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 08 червня 2010 року за № 368/17663.
8. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
9. Наказ МОЗ України від 04 листопада 2010 року № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».
10. Наказ МОЗ України від 02 березня 2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
11. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313.
12. Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно

- від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 р. за № 990/23522.
13. Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
  14. Наказ МОЗ України від 30 березня 2015 року № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
  15. Наказ МОЗ України від 15 червня 2007 року № 329 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології».
  16. Наказ МОЗ України від 29 серпня 2008 року № 502 «Про затвердження клінічного протоколу з антибактеріальної профілактики в хірургії, травматології, акушерстві та гінекології».
  17. Наказ МОЗ України від 15 липня 2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
  18. Наказ МОЗ України від 02 листопада 2015 року № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії».
  19. Наказ МОЗ України від 21 січня 2014 року № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань плануванні сім'ї».

Додаток  
до уніфікованого клінічного протоколу  
первинної, вторинної (спеціалізованої) та  
третинної (високоспеціалізованої) медичної  
допомоги «Генітальний ендометріоз»

## **Пам'ятка для пацієнток з генітальним ендометріозом**

### **Що таке ендометріоз?**

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням тканини внутрішнього шару матки за межами її порожнини. В залежності від розповсюдженості процесу виділяють генітальний ендометріоз (пошкоджуються матка, додатки, зовнішні статеві органи, піхва, очеревина) та екстрагенітальний ендометріоз (пошкоджуються сечовивідні шляхи, кишечник, післяопераційні рубці, та інші віддалені органи). Найчастішими клінічними ознаками ендометріозу є біль, пов'язаний з менструальним циклом (з'являється перед та посилюється під час менструації), мажучі виділення із статевих шляхів коричневого кольору перед місячними та після них, непліддя.

У разі виникнення підозри на ендометріоз, коли тазовий біль впливає на щоденну активність (навчання, робота), це вимагає консультації лікаря і призначення терапії.

### **Що впливає на виникнення ендометріозу?**

Основними факторами ризику розвитку ендометріозу є тривалий стрес, гіподинамія, хронічні інфекції статевих шляхів, переривання небажаної вагітності, одноманітне нездорове харчування, позбавлене природних антиоксидантів, поганий екологічний стан навколишнього середовища.

### **Надання медичної допомоги**

Ваш сімейний лікар запитає про ступінь тяжкості Вашої проблеми, як довго вона триває, уточнить локалізацію, інтенсивність та характер болю, а також фактори, які викликають/посилюють біль або, навпаки, нівелюють його. Характеристики болю можуть підказати можливу етіологію або наявність супутніх захворювань. Лікар з'ясує Ваш репродуктивний статус, кількість пологів, абортів та можливі їх ускладнення, перенесені оперативні втручання, а також вид попереднього лікування ендометріозу, наявність безпліддя.

Підозра щодо ендометріозу виникає за наявності вираженого больового синдрому, пов'язаного з менструальним циклом (з'являється перед і посилюється під час менструації), диспареунії (біль під час статевого акту), непліддя, міжменструальних кров'янистих виділень, аномальних маткових кровотеч, дизурії та дисхезії (порушення дефекації), пов'язаних з

менструальним циклом. Для встановлення остаточного діагнозу Ви маєте бути скеровані до лікаря акушера-гінеколога.

Інформація, яку Ви отримаєте від сімейного лікаря, повинна включати відомості про можливі переваги та ризики різних методів лікування ендометріозу. Ви можете поставити своєму лікарю будь-які питання щодо Вашого стану та методів лікування, Ви завжди можете передумати, якщо Ваш стан або обставини змінюються. Лікар підтримає Ваш вибір там, де це можливо. Ви можете додатково проконсультуватись у іншого лікаря, якщо Ваші погляди відрізняються від точки зору Вашого лікаря.

### **Як діагностується ендометріоз?**

З метою встановлення діагнозу призначаються різні дослідження. Наприклад, загальний аналіз крові дасть можливість судити про те, чи є у Вас анемія, гінекологічний огляд дасть можливість виключити наявність ознак інфекцій, що передаються статевим шляхом, наявність деформацій та ознак запалення малого тазу. Крім того, лікар призначає ультразвукове обстеження (трансабдомінально та трансвагінально), ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія) інші необхідні інструментальні методи обстеження (наприклад, МРТ), які дають змогу оцінити ступінь розповсюженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень.

### **Як лікується ендометріоз?**

Ендометріоз є хронічним захворюванням, яке потребує тривалого лікування згідно плану, розробленого Вашим лікуючим лікарем, з максимальним використанням медикаментозної терапії для запобігання повторним хірургічним втручанням. Терапія має тривати до менопаузи або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.

Вибір методу лікування ендометріозу залежить від конкретної клінічної ситуації: Вашого віку, планування вагітності в майбутньому, наявності супутньої патології, стадії захворювання, попереднього лікування, інших факторів (непліддя) та наявності протипоказань.

Для лікування ендометріозу застосовуються медикаментозні (негормональні і гормональні лікарські засоби) та хірургічні методи лікування. Лікування буде вибиратись під Ваші особисті потреби і вподобання. У Вас є право бути повністю проінформованою і приймати спільне з Вашим лікарем рішення щодо лікування.

В якості медикаментозної терапії першої лінії призначаються лікарські засоби гестагени: комбіновані оральні контрацептиви (КОК), нестероїдні протизапальні засоби (НПЗ), внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС).

Лікар обговорить з Вами переваги та ризики кожного методу. У разі, якщо перший метод лікування Вам не підходить або відсутня його ефективність, це є причиною спробувати інший метод лікування. Деякі методи лікування здатні полегшити ступінь Ваших скарг, інші – здатні повністю



усунути їх. Ви маєте обговорити всі можливі сценарії з Вашим лікарем і прийняти зважене рішення.

Лікар-спеціаліст може запропонувати Вам оперативне втручання. Вибір на користь того чи іншого методу хірургічного лікування ґрунтується на багатьох факторах. Є цілий ряд різних операцій, які можуть допомогти. Деякі методи оперативного втручання впливають на здатність народжувати. Лікар обговорить з Вами всі переваги та ризики кожного з методів.

У Вас буде достатньо часу для прийняття зваженого рішення щодо вибору методу лікування, враховуючи рекомендації Вашого лікаря, його досвід, рекомендації інших спеціалістів.

У деяких пацієнток можуть з'явитись побічні реакції на прийом лікарських засобів (перелік побічних реакцій наводиться в Інструкціях для медичного застосування лікарського засобу). Якщо у Вас з'явилися такі реакції – поінформуйте про це Вашого лікуючого лікаря та заповніть «Карту-повідомлення для надання пацієнтом та/або його представником, організаціями, які представляють інтереси пацієнтів, інформації про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні», що затверджена наказом МОЗ України від 27 грудня 2006 року; електронну версію карти можна заповнити на сайті Державного реєстру лікарських засобів України <http://www.drlz.kiev.ua>.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів (дивись інструкції для медичного застосування лікарського засобу). До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### **Питання, які ви можете обговорити з лікарем-спеціалістом**

Будь ласка, надайте мені більш детальну інформацію про методи обстеження, які потрібні в моєму випадку.

Як довго часу триватиме діагностика?

В чому переваги та недоліки запропонованого мені методу лікування?

Який вплив буде мати обраний метод на симптоми захворювання та моє повсякденне життя?

На яке покращення мого стану я можу очікувати?

Як швидко мають статися зміни у моєму стані?

Які ризики обраного методу лікування?

Які існують альтернативні варіанти лікування і наскільки вони доступні?

Чи існують публікації щодо обраного методу лікування, з якими я можу ознайомитись?